Die Melancholie der Frauen nach dem Climacterium.

(Aus der Provinzial-Irrenheilanstalt Leubus.)

Inaugural-Dissertation,

welche mit Genehmigung

der medicinischen Fakultät der Universität Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

Freitag, den 3. November 1882, Mittags 12 Uhr,

in der kleinen Aula

öffentlich vertheidigen wird

Siegfried Kracauer,

prakt. Arzt.

OPPONENTEN:

O. Juliusburger, prakt. Arzt. Dr. **P. Schüller,** prakt. Arzt.

Dr. **H. Witthauer,** prakt. Arzt.

BRESLAU 1882.

F. W. Jungfer's Buchdruckerei

Harrasgasse 2.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543101_0069

Herrn Sanitätsrath Dr. Jung

Director der Provinzial-Irrenheilanstalt Leubus

in Hochachtung und Dankbarkeit

sowie

Seiner theuren Mutter

in kindlicher Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Vorwort.

Die Anregung zu vorliegender Arbeit verdankt Verfasser Herrn Sanitätsrath Dr. Jung, Director der Provinzial-Irrenheilanstalt Leubus, der ihm auch in freundlichster Weise das einschlägige Material an Krankengeschichten zugänglich machte. Nicht minder wurde die Arbeit durch die Unterstützung des Herrn Dr. Sioli, zweiten Arztes an selbiger Anstalt, gefördert. Beiden Herren spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Was der Psychiatrie vor allen anderen Zweigen der medicinischen Wissenschaft als eigenthümlich zukommt, ist der unerschöpfliche Formenreichthum, die Mannigfaltigkeit der Einzelerscheinungen, welche jeder Regel zu spotten scheint. Wenn uns auch in den klinischen Krankheitsbildern der Melancholie, Manie u. s. w. der allgemeine Rahmen gegeben ist, der die Einzelerkrankungen umspannt und zu grossen Gruppen vereint, so genügt dieser daher begreiflicher Weise nicht; als durchaus nothwendig erweist es sich vielmehr, aus diesen grossen Gruppen kleinere herauszusondern und als zusammengehörig schärfer abzugrenzen. Bis in die neueste Zeit dienen zahlreiche Forschungen diesem Zweck und streben ihn dadurch zu erreichen, dass in ihnen untersucht wird, wie sich die herkömmlichen klinisch-functionellen Krankheitsbilder unter gewissen gleichartigen ätiologischen Verhältnissen und Bedingungen äussern, in wie weit und worin sie durch letztere ein typisches Gepräge erhalten.

Nach dieser Richtung hin hat nun wohl die Untersuchung der Psychosen gleicher Lebensalter fast den höchsten Werth. Jedem Lebensalter entspricht eine bestimmte Durchschnittsentwickelung des Gehirns, jedem Entwickelungszustand desselben kommt eine ihm eigenthümliche Ausbildung der seelischen Functionen zu, und, wie von vornherein zu

erwarten, ist auch deren pathologische Abweichung in charakteristischer Weise gekennzeichnet.

Von den verschiedenen Lebensabschnitten hat jedoch keiner eine verhältnissmässig so geringe Beachtung gefunden wie das Senium. Ein Versuch, auch auf dieses näher einzugehen, ist in der nachfolgenden Arbeit gemacht, deren Inhalt die nachclimacterischen Melancholieen der Frauen bilden. Gerade diese Psychose wurde zur Betrachtung gewählt und bot vor den anderen Interesse dar, weil sich schon bei flüchtigerer Beobachtung einschlägiger Fälle eine häufig auftretende Meinung als viel zu weitgehend und daher der Widerlegung werth herausstellte, dass nämlich die akuten functionellen Psychosen des Senium einen ganz besonders ungünstigen Verlauf nehmen und, wie sie von vornherein viel mit Dementia Gemeinsames hätten, so auch mit Vorliebe in dieselbe ausgingen.

Bevor wir aber in unser Thema eintreten, sei darauf aufmerksam gemacht, dass wir — und wohl mit Recht — die Ausdrücke «Postclimacterium» und «Senium» in durchaus identischem Sinne bereits angewendet haben und weiter so promiscue gebrauchen werden, dass wir also in dieser Arbeit auch die unmittelbar nachclimacterische Zeit, die in den Beginn der 50er Jahre fällt, zum Senium rechnen. Wie es überhaupt in der Entwickelung von frühester Jugend bis zum spätesten Alter keinen Stillstand giebt, so ist auch das Senium nicht ein dauernder Zustand, sondern ein allmählich beginnender und stetig fortschreitender Prozess, dessen Anfang sich unmittelbar an das Ende des Climacterium anreiht. Wenn auch natürlich dies unmittelbar dem Climacterium folgende Anfangsstudium nicht so deutlich das Gepräge des Senium besitzt, so ist doch nicht abzusehen, warum es nicht mit demselben Rechte wie spätere Stadien diesen

Namen verdienen sollte. In der That wird auch von einem grossen Theil der Autoren das Senium — wohlverstanden, das der Frauen — von den 50er Lebensjahren an gerechnet.

Es wurden im Lauf von 3¼ Jahren in hiesiger Anstalt 743 Kranke aufgenommen, von denen 399 männlichen, 344 weiblichen Geschlechtes waren. Von letzteren standen im nachclimacterischen Alter 43, demnach 12½ %. Als nachclimacterisch wurden alle diejenigen angesehen, deren Periode bei Beginn der Erkrankung mindestens ein Jahr ausgeblieben war, wobei ein pathologisches Ausbleiben derselben natürlich vorher ausgeschlossen wurde. Konnte die Zeit, seit welcher die Menses cessirten, nicht genau ermittelt werden, so gelten die Patientinen nur dann als postclimacterisch, wenn sie das 50. Lebensjahr überschritten hatten. Von diesen 43 Frauen litten 15 an Verrücktheit, 3 an Dementia paralytica, 5 an Dementia senilis, 4 an Manie, 16 (davon 9 Fälle zwischen 50 und 60 Jahren, 7 über 60 Jahre) an Melancholie.

Aus letzteren 16 Fällen nun ist das nachfolgende klinische Krankheitsbild gezogen.

Aetiologie.

Als prädisponirende Ursache spielt die Erblichkeit eine wichtige Rolle. Ihre Betrachtung ist gerade bei den älteren Personen eine sehr interessante, da man bei ihnen sowohl auf die Ascendenz als auf die Descendenz einen erfolgreichen Ausblick hat und zu recht wichtigen Stammbäumen gelangt. Doch müssen wir uns ein genaueres Eingehen hierauf an dieser Stelle versagen. Von den 16 Fällen lässt sich mit völliger Sicherheit bei 8 Vererbung nachweisen; sie war bei 4 von ihnen eine directe und ging dann hauptsächlich

von der Mutter aus. Die anderen 4 zeigten indirecte Vererbung, indem Psychosen theils bei den Grosseltern, theils bei den Geschwistern der Eltern aufgetreten waren; bei ihnen wird die Erblichkeit auch dadurch sicher gestellt, dass mehrere Mitglieder derselben Familie von Geisteskrankheiten befallen worden waren. Bei zwei weiteren Fällen konnte Erblichkeit nur daraus vermuthet werden, dass auch Geschwister der Patientinen geisteskrank waren.

Die anderen 6 Fälle sind sicher frei. Uebrigens zeigten letztere zweimal Vererbung in Descendenz. Diese Häufigkeit der erblichen Anlage, die sich in minderem Maasse auch bei den übrigen postclimacterischen Psychosen vorfand, ist eine eigenthümliche Beobachtung. Man sollte doch meinen, dass ein belastetes Gehirn kaum resistent genug wäre, all die Stürme eines mehr als fünfzigjährigen Lebens, den Einfluss der Pubertätsentwicklung, der Geburten, des Climacterium u. s. w. zu überwinden, und dass somit nachclimacterische Psychosen selten auf erblicher Basis ruhten. Jedenfalls haben wir anzunehmen, dass sich im allgemeinen diese in Frage stehenden Personen ganz und gar wie unbelastete verhalten und verhalten haben. Hierauf werden wir, wie wir später sehen werden, auch durch die Betrachtung der Prognose hingewiesen. Freilich muss hierbei bemerkt werden, dass das Gesagte für 3 zugehörige Fälle nicht gelten kann, da bei diesen schon einmal in ziemlich früher Zeit Psychosen stattgefunden hatten.

Es führt uns dies auf einen andern ätiologisch wichtigen Punkt: Die Recidive.

In 6 Fällen, von denen wie erwähnt 3 Fälle mit Erblichkeit combinirt waren, waren solche eingetreten. Ausnahmslos war seit der ersten bis zur neuen Erkrankung ein langer Zeitraum vergangen, der zwischen 20 und 40

Jahren schwankte. Die Art der ersten Erkrankung war stets Melancholie; meist war dieselbe von geringer Heftigkeit und kurzer Dauer.

Viel weniger als über die praedisponirenden lässt sich über die Gelegenheitsursachen sagen. Es sind ausschliesslich Nahrungssorgen, die in mehreren (5) Fällen mit Sicherheit den Anlass zur Entstehung der Psychose gaben; ihre Wirkungsweise war rein psychisch, da Nahrungsnoth noch nicht eingetreten war, sondern erst, und zwar mit Recht, zu befürchten stand. Die übrigen Fälle gewährten entweder gar keinen Anhaltspunkt (6 F.), oder ruhten auf einer unsichern Grundlage von Kummer und Aerger. Hervorzuheben ist endlich noch, dass, während bei jüngeren Personen körperliche Krankheitszustände so oft das ätiologische Moment für Psychosen abgeben, dies nie bei unseren postclimacterischen Frauen der Fall war.

Beginn, Verlauf und Ausgang.

Nur in wenigen (4—5) Fällen beginnt die Krankheit ganz allmählich, wird der Ausbruch durch ein längeres Prodromalstadium eingeleitet, dessen Anfang sich nicht genau zurückdatiren lässt. Die früher gesprächigen, mittheilsamen Frauen werden stiller, ziehen sich in sich selbst zurück. Sie machen sich Sorgen, die in den wirklichen Verhältnissen nicht vollkommen begründet sind. Sie vollziehen wohl noch die ihnen obliegenden Besorgungen, aber innerlich gehemmt mit minderer Arbeitslust, bis sie dann immer mehr und mehr ihre häuslichen Geschäfte vernachlässigen. Sie klagen über Appetitlosigkeit, schlechten, durch Träume gestörten, unterbrochenen Schlaf, leiden an

Kopfschmerzen, abnormen Sensationen, vagen Schmerzen in den Gliedern.

In der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch ist entweder ein ganz kurzes, wohl umgrenztes Prodromalstadium vorhanden, in welchem ganz ähnliche, wie die eben erwähnten Symptome auftreten; nur dass sie von vornherein intensiver sind, deutlicher das Gepräge des Pathologischen tragen und in kürzerer Zeit sich zu grösserer Höhe steigern. Oder aber der Beginn ist ein ganz plötzlicher und unvermittelter, die Umgebung, ja die Kranke selbst überraschender.

Was nun in den Fällen mit allmählichem Beginn das Dominirende, den Mittelpunkt des Krankheitbildes bildet, ist die tiefe Depression und Bekümmerniss, das überwältigende psychische Weh, von dem die Kranken ergriffen werden. Still und theilnahmslos, jedem freundlichen Zuspruch taub, sitzen sie auf einem Fleck, den sie von selbst Tag und Nacht nicht verlassen. Nur ein leises Jammern kommt wohl von ihren Lippen, sonst sind sie stumm und antworten auf Fragen gar nicht, oder langsam mit zögernder, stockender Stimme. Ihr Gesicht ist im Schmerz erstarrt und erleidet durch nichts eine Mienenveränderung. Zu keiner Verrichtung sind sie mehr fähig und bald vernachlässigen sie auch sich selbst, müssen an- und ausgezogen und gewaschen werden. Doch stellt sich Unreinlichkeit so früh noch nicht ein. Auf die Wahnideen, die häufig eintretenden Selbstmordversuche, sowie überhaupt die weiteren Symptome und den weiteren Verlauf kommen wir unten im Zusammenhang zu sprechen.

Ganz anders aber ist der Ausbruch bei den Fällen mit plötzlichem Beginn, denen sich in dieser Hinsicht auch vereinzelte (2) Fälle mit allmählichem Beginn anschliessen;

und da diese Fälle die überwältigende Mehrheit bilden, so ist der nun zu schildernde Ausbruch als der für die Melancholieen des Senium eigentlich typische zu erachten.

Es ist eine verzehrende Unruhe, eine unsagbare Angst, die auf einmal die Kranken befällt. Mitten in der Nacht wohl springen sie aus dem Bett und wecken die Angehörigen, um ihnen ihre Angst zu klagen. Von ihr getrieben, laufen sie rastlos in der Stube auf und ab, verlassen die Wohnung, irren von Dorf zu Dorf umher. In der inneren Unruhe zupfen sie am Kleide, fangen eine Arbeit an, um sie bald wieder liegen zu lassen, räumen zwecklos die Wirthschaftsgegenstände hin und her. Sie schreien, jammern, ringen die Hände; ihre Miene ist qualvoll verzerrt und drückt das tiefste Unglück aus.

Diese Angst ist oft an bestimmte Stellen des Körpers lokalisirt. Die eine Kranke fühlte sie vom Bauche aufsteigen, eine andere lokalisirte sie in die Stirn (dysthymia frontalis Griesingers) und in die Schläfe. Doch am häufigsten wird sie in die Herzgegend verlegt (3 Fälle), haben wir demnach die Praecordialangst vor uns. Letztere tritt auch wohl in Anfällen, in wahren Paroxysmen auf, denen verhältnissmässig freie Intervalle folgen. In einem Fall empfand die Kranke das Nahen des Anfalls, ihr Gesicht wurde während desselben stark geröthet, der Puls frequenter und voller, starke Schweisssecretion stellte sich ein.

Aber noch wächst meistens die Angst, und dementsprechend wird der Gradmesser derselben, der körperliche Bewegungstrieb ein noch viel stärkerer, bis er endlich zu zerstörenden Handlungen führt. Dann zerreissen die Patientinen ihre Kleider, zertrümmern, was ihnen von Gegen-

ständen im Wege liegt, werden gegen die Umgebung aggressiv, vergreifen sich an ihrer eigenen Person.

Die Zahl der Selbstmordversuche ist in der That überraschend hoch. Sie fanden bei 9 Kranken statt und wurden mitunter zu wiederholten Malen, mit erstaunlicher Energie und in rücksichtslosester Weise angestellt. Und auch in einem grossen Theil der andern 7 Fälle traten öfters Selbstmordgedanken auf, deren Verwirklichung gewiss oft nur durch die sorgfältige Ueberwachung verhindert wurde. Durch die rücksichtslose, blinde Wuth, mit der diese zerstörenden Handlungen begangen werden, sowie durch die Plötzlichkeit ihres Eintritts charakterisiren sie sich als rein triebartige, die ohne Willensfreiheit und Ueberlegung zu Stande kamen. Hiermit steht in Uebereinstimmung, dass sich für dieselben, speciell für die Selbstmordversuche fast nie ein Motiv eruiren liess. Nur zwei Kranke begründeten die letzteren, die eine damit, dass sie nichts mehr zu leben habe, während die andere sich auf diese Weise der Strafe für ihre Sünden entziehen wollte.

In dieser melancholischen Tobsucht, welche in solcher Häufigkeit und in solcher Intensität der Melancholie keiner anderen Lebensstufe zukommt, haben wir die Haupteigenthümlichkeit der postclimacterischen Melancholie zu suchen.

Meist ist nun die Angst im Beginn eine noch unbestimmte, den Patientinen selbst unerklärliche. Daher ihre Aeusserungen:

> Ich weiss nicht, was mir ist; ich weiss nicht, was mich nicht sitzen lässt; es lässt mich nicht, ich finde mich nicht zurecht.

Mitunter ist dann Krankheitseinsicht vorhanden, und indem die Patientinen das Krankhafte ihres Zustandes er-

kennen, kämpfen sie nach Möglichkeit gegen denselben an. Aber nur selten bleibt die Angst eine unerklärte, bleibt demnach die Melancholie eine nahezu reine Melancholia simplex (2 Fälle). Sehr bald vielmehr entstehen Motivirungsversuche derselben, die sich endlich in typisch melancholischen Wahnideen äussern. Uebrigens finden sich letztere zuweilen schon in so früher Zeit, dass ihr primordiales Entstehen kaum zurückgewiesen werden kann.

Der Inhalt dieser Wahnideen ist nun im Ganzen doch ein recht typischer. Entsprechend dem wichtigsten aetiologischen Moment: Nahrungssorgen findet sich durchaus vorherrschend der Wahn, mit dem vorhandenen Vermögen nicht mehr auskommen zu können:

> «Es geht nicht mehr, wir kommen um Alles; ich kann die Kinder nicht mehr erhalten, wir müssen verhungern; alles schwindet mit dem Besitz; ich habe nichts, um mich zu kleiden, um zu kochen; ich kann das Essen nicht mehr verdienen, wer soll das bezahlen; ich werde nie mehr Arbeit erlangen etc.»

Und all dies Unglück ist durch eigene Schuld über sie hereingebrochen, denn neben diesen Wahnideen geht einher, kommt mitunter (4 Fälle) auch isolirt vor der Versündigungswahn, der von dem blossen Vorwurf der Saumseligkeit und der Vernachlässigung wichtiger Pflichten bis zur tiefsten Verwerfung und Demüthigung der eigenen Person fortschreitet.

> «Ich habe grosses Unrecht begangen, muss in's Zuchthaus; ich habe viele Sünden auf mir; ich werde in's Verderben gerathen, nicht selig werden; ich bin eine Teufelsmutter, die zu gar nichts nütz ist. Desshalb werde sie der Teufel holen, müsse sie sterben etc.»

Und in diesem Gefühle der Niedrigkeit und Verächtlichkeit erklären sie:

«Ich bin nicht werth, dass man sich um mich kümmere, meinetwegen zum Doctor schicke; ich verdiene es nicht, dass ich spazieren gehen darf und Essen erhalte; ich bin zu gering, als dass man mich mit Sie ansprechen sollte etc.»

Ganz eigenthümlich ist der nicht gerade häufig (2mal) auftretende Wahn: «Ich bin allein auf der Welt, der einzig Lebende auf dieser, alles um mich herum ist todt.» Es war sehr interessant, zu verfolgen, wi- sich dieser Wahn bei einem andern, im übrigen nicht hierher gehörigen Falle allmählich entwickelte. Die betreffende Kranke hielt sich für eine so grosse Sünderin, dass lediglich durch ihre Sündenschuld die gesammte Menschheit dem Untergang verfallen wäre und sterben müsste; späterhin glaubte sie in der That, dass dies geschehen sei und sie nun allein existire. Dass sich diese Wahnidee auch noch auf andere Weise heranbilden kann, soll hiermit durchaus nicht geläugnet werden.

Auffallend oft — und es ist dies eine weitere Eigenthümlichkeit, die unsere postclimacterische Melancholie von denen jüngerer Jahre unterscheidet — gestalten sich endlich die Wahnvorstellungen zweifelsohne in Folge Allegorisirung abnormer Sensationen zu hypochondrischen, die meist neben rein melancholischen vorkommen, in 2 Fällen jedoch die hauptsächlichen waren und sich fast allein vorfanden.

«Es ist so eng im Hals, es sticht so; ich habe keine Finger; die Gebärmutter spricht aus mir; ich habe keinen Schlund; ich bin ein ganz anderer Mensch wie zuvor; ich bin so klein wie ein Kind; ein fremdes

Wesen steckt im Leib; der Leib besteht aus 2 Hälften, deren eine gesund, deren andere krank und eitrig ist.»

Die beiden letzterwähnten Fälle könnten den Verdacht erregen, als ob es sich hier um reine Hypochondrieen handele, die in diese Arbeit nicht gehören würden. Aber indem in ihnen neben den hypochondrischen auch melancholische Wahnideen, wenn auch seltener, auftreten, und indem sie vor allem einen weit kürzeren Verlauf und günstigeren Ausgang nehmen als die eigentlichen Hypochondrieen, sind sie noch in das Bereich der Melancholieen zu rechnen und als Hypochondro-Melancholieen zu bezeichnen. Man kann überhaupt bei einer Reihe unserer Patientinen sehr wohl die Uebergänge verfolgen, die sich von den reinen Melancholieen zu den reinen Hypochondrieen hinübererstrecken, die mit geringfügigen abnormen Sensationen beginnen und bis zur stärksten hypochondrischen Färbung, z. B. dass der ganze Körper in einen andern umgewandelt sei, vorschreiten.

Auch Halluciuationen haben sich mittlerweile hinzugesellt; doch ist mit einigen Ausnahmen ihre Bedeutung keine sehr grosse, nicht nur weil sie in vielen Fällen, wo sie vielleicht dennoch vorhanden waren, nicht eruirt werden konnten, sondern ganz besonders, weil sie den Gang der Krankheit wenig beeinflussen und selten bedeutsame Momente in derselben hervorrufen. Gesicht- und Gehörshallucinationen kommen fast stets gemeinsam und desshalb in annähernd gleicher Häufigkeit vor, wobei jedoch letzteren eine grössere Wichtigkeit durchaus zuzuerkennen war. Nur selten kommt den Gehörstäuschungen ein bestimmter Inhalt zu, oder werden sie auf bestimmte, genau bezeichnete Personen (nur ein Fall) bezogen; ebenso ist der Inhalt der Gesichtstäuschungen ein ziemlich undeutlicher, ver-

schwommener. Immer aber ist er im höchsten Grade schreckend und beängstigend. Gesehen werden:

Personen, welche winken; schwarze Männer; der Teufel; schreckliche Thiere und Erscheinungen.

Sehr kennzeichnend für das Verschwommene des Inhalts war die hinzugefügte Bemerkung: Es ist so ein Gewühl. Gehört wird:

Ein Wimmern, Klagen, Heulen, Klopfen, Glocken- und Sturmläuten. Stimmen sagen, sie solle sich auskleiden, solle da und dorthin gehen. Schreckliche Todesarten, Verbrennen etc. werden angedroht.

Zuweilen — und es ist hier wieder auf das Undeutliche des Inhalts aufmerksam zu machen — geben die Patientinen an, Stimmen gehört zu haben, konnten sich aber nicht mehr entsinnen, was diese geäussert hätten.

Auf Gemeingefühlstäuschungen beruhen wohl meistentheils die hypochondrischen Vorstellungen.

Dagegen konnten Hallucinationen des Tast-Geschmack-Geruchsinns nie festgestellt werden.

Nachdem sich nun Wahnideen und Hallucinationen eingefunden haben, kann sich ein unheilvoller Circulus vitiosus herausbilden, indem sie ihrerseits wieder auf die Angst verstärkend einwirken und so die Acme der Krankheit herbeiführen. In diesen Zeitraum fällt ein kleinerer Theil der Selbstmordversuche, die dann meist motivirt werden, und vor allem ein neues Symptom: die Nahrungsverweigerung, die fast ausnahmslos durch specifisch melancholische Wahnvorstellungen sicher begründet war (5 Fälle):

«Ich lasse den Anderen nichts übrig; ich bin nicht werth zu essen; verdiene es nicht; bin nicht im Stande, es zu bezahlen.»

Die Nahrungsverweigerung ging entweder nach einiger

Zeit von selbst vorüber, oder wich auf mildere Massregeln, musste aber in einem Falle (grade bei diesem einzigen war ein Motiv nicht zu ermitteln) durch Zwangsfütterung überwunden werden.

Durch diese Erscheinungen, denen noch der schlechte, mehr und mehr sinkende Ernährungszustand und der Mangel an Schlaf hinzugefügt werden muss, ist die Acme der Krankheit ausgezeichnet. Aber auf dieser Höhe bleibt dieselbe nicht mehr lange bestehen; der Kräftezustand namentlich der hier in Frage kommenden bejahrten Frauen reicht dazu nicht aus. Bald lässt der Bewegungstrieb nach, die lauten Aeusserungen der Angst verstummen. Ein mehr bekümmertes Wesen stellt sich ein; still sitzen sie in einer Ecke mit gramerfülltem Gesicht und in tief deprimirter Haltung. Jetzt bieten somit die Fälle mit akutem Beginn ganz dieselben Symptome dar, wie sie bei den chronisch beginnenden von vornherein das Krankheitsbild zusammensetzten, jetzt nehmen beide Gruppen einen gleichen weiteren Verlauf.

Meistentheils dauert die Summe auch dieser Symptome nur noch ziemlich kurze Zeit nach der Acme an, und es stellen sich neue ein, die auf einen der überhaupt möglichen Ausgänge hinweisen. Die Zeit, die bis dahin von den ersten Anfangszeichen an gerechnet, verging, betrug im Mittel 4—5 Monate und scheint somit im ganzen dem entsprechenden Zeitraum der Melancholie jüngerer Jahre gleich zu sein.

Der eine Ausgang ist nun Genesung. Dann erscheinen zunächst die Patientinen wie aus einem tiefen Schlummer allmählich erwachend; ihr Gesichtsausdruck ist müde, abgespannt, ihre Bewegungen sind langsam und schläfrig. Sie halten sich fern von der Umgebung, suchen die Einsamkeit und Ruhe auf und empfinden jede Störung derselben

auf's peinlichste. Aber nach und nach werden die Gesichtszüge freier, von dem auf ihnen lastenden Druck erlöst. Die Kranken gehen aus sich selbst heraus, sprechen freiwillig, ohne erst lange gefragt zu werden, suchen Gesellschaft auf, äussern den Wunsch nach Beschäftigung und vollziehen diese gern. Ihr ganzes Wesen durchzieht eine stille Zufriedenheit, eine dankbare Freudigkeit. Nur eine leichte Bangigkeit und eine leicht gerührte Stimmung bleibt meist noch längere Zeit zurück, die gewöhnlich durch Sehnsucht nach der Heimath und den Angehörigen motivirt wird. Wahnideen und Hallucinationen sind mittlerweile immer mehr verblasst und von den Patientinen endlich als krankhaft erkannt werden. Gleichzeitig, doch auch oft schon in einer Zeit, wo die psychischen Symptome tiefer Depression noch immer in ziemlicher Höhe bestanden, hebt sich Körpergewicht und Kräftezustand, nimmt Appetit zu, wird der Schlaf lang und tief. Während der Zeit der Reconvalescenz sind die Kranken noch sehr impressionabel, und häufig wird letztere durch Exacerbationen, deren Ursache meist nicht festgestellt werden konnte, gestört und verlängert. Rechnen wir die Reconvalescenzzeit, um einen sicheren Anhalt zu gewinnen, vom Beginn der Besserung bis zur Entlassung aus der Anstalt, so ist ihre Dauer etwa 3—4 Monate.

Ein anderer Ausgang ist Dementia. Auch bei diesem Ausgang nimmt zunächst der Gesichtsausdruck etwas mattes, verdriesslich-müdes an. Bald aber wird er mürrisch, grämlich mit einer entschiedenen Beimengung von Stumpfsinn. Und dem entspricht auch das Wesen dieser Patientinen, die ganz unverträglich zu den übrigen Kranken werden, ohne Grund auf dieselben schimpfen und einschlagen. Für ihre Angehörigen, ihre Heimath und Alles, was ihnen sonst werth war, verrathen sie nicht mehr die geringste Theil-

nahme; nur das eigene Ich geht sie noch an. Mit dieser Verödung der Gefühlswelt geht gleichzeitig eine beständig zunehmende Einengung des Vorstellungskreises einher, der sich schliesslich oft nur noch um das Essen dreht, welches sie mit Gier aufnehmen und bisweilen den Anderen zu entreissen versuchen. Indem sie immer mehr verblöden, widerstreben sie in ganz stumpfsinniger Weise allem, was man in bester Absicht und in mildester Weise mit ihnen vorzunehmen versucht, und sind jeder Vorhaltung taub. Sie müssen mit Gewalt gewaschen, an- und ausgezogen werden, sind unreinlich. Sie lachen, singen, brüllen den ganzen Tag über. Von Wahnvorstellungen und Hallucinationen werden in diesen Zustand nur zusammenhangslose Trümmer mit hinübergenommen. In einem Falle charakterisirte sich die Dementia durch einen Zustand so zu sagen chronischer Aengstlichkeit; die Angst, welche diese Kranke zeigte, war eben eine entschiedene blödsinnige. Sie wimmerte fortwährend vor sich hin; bei jedem Wort, das man an sie richtete, fuhr sie furchtsam zusammen; bei jedem Schritt, den sie machte, blickte sie scheu hinter sich; bei dem leisesten Geräusch, beim Herannahen irgend welcher Person suchte sie sich zu verstecken.

Ein dritter Ausgang ist der Tod. Dieser ist durch die Melancholie an und für sich nie bedingt. Lediglich in einem Fall ist es wahrscheinlich, dass der nachtheilige Einfluss der Melancholie auf ein bestehendes, an sich nicht lethales Darmleiden unter Erschöpfung zum Tode geführt habe. In den übrigen beiden Fällen erfolgte dieser aber durch rein zufällige Complicationen (gangränöse Phlegmone des linken Unterarms; Furunkel der Unterlippe; von da Fortpflanzung der Entzündung bis zu den Meningen). Beide Kranke kamen schon mit diesen Affectionen in die Anstalt und starben daselbst schon nach 9 resp. 26 Tagen.

In zwei Fällen war jedoch der spätere Verlauf der Krankheit nach der Acme ein von dem eben geschilderten abweichender und bei weitem mehr chronischer. Hier dauerte der Depressionszustand nach der Acme noch ziemlich ein volles Jahr an, und in dieser Zeit traten Remissionen, ja längere Intermissionen auf, denen wieder Exacerbationen folgten. Langsam stellte sich Besserung ein, die aber nicht zur völligen Heilung, sondern zur Heilung mit Defect, zu einem von der Dementia wohl zu unterscheidenden Schwachsinne führte. Insbesondere blieb ein etwas ängstliches Wesen, eine verminderte Gedächtniss- und Urtheilskraft zurück, während Wahnideen und Hallucinationen völlig geschwunden waren, und mehr weniger völlige Krankheitseinsicht sich eingestellt hatte. Es ist, als ob sich hier ein besonders resistentes Gehirn gegen eine besonders intensive Erkrankung (daher auch in beiden Fällen Selbstmordversuche und Nahrungsverweigerung) zu wehren gehabt hätte und aus diesem Kampfe weder völlig als Sieger, noch völlig als Besiegter hervorgegangen wäre.

Diagnose.

Sie fällt zusammen mit der Differentialdiagnose. So einfach und leicht auch die Erkennung der senilen Melancholie im allgemeinen ist, so kann sie im besonderen Fall eine recht schwierige sein.

Es beginnt mitunter, wenn auch durchaus nicht häufig, die Dementia senilis und die Senila-Manie mit einem Stadium der Depression oder Beängstigung, wie es völlig der Melancholie eigenthümlich ist. Alle drei Krankheitsformen schlagen zunächst dieselbe Bahn ein, die sich erst später in die besonderen Strassen theilt. Hier wird es überhaupt

nicht augenblicklich, sondern erst durch die Beobachtung des weiteren Verlaufes möglich sein, zu beurtheilen, welche Krankheit vorliegt. Es kann dabei nicht selten gar nicht zu entscheiden sein und dem Urtheil und den Erfahrungen des Einzelnen überlassen bleiben, ob er ein und dieselbe Krankheit von vornherein als Dementia senilis oder als bald in Dementia übergehende Melancholie ansprechen will.

Auch im späteren Verlauf der Dementia senilis kommen melancholische Zustände vor, bei denen aber schon die Kenntniss der bisher eingetretenen Symptome die wahre Bedeutung enthüllt und die irrthümliche Diagnose verhindert.

Vor allem aber sind es manche Fälle von Verrücktheit, vorzugsweis hallucinatorischer Verrücktheit, die zu Verwechselungen Anlass geben können. Ein Beispiel wird hierfür am klarsten sprechen. Es trat in einem Fall der Beobachtung bei einer 57jährigen Frau lebhafte Unruhe und Angst ein mit starkem, daraus hervorgehendem Bewegungstriebe. Daneben ganz typisch melancholische Wahnvorstellungen des verlorenen Besitzes, sowie auch der Sündhaftigkeit. Vor der unrichtigen Diagnose schützte nur der sich bald herausstellende Umstand, dass diese Angst auf einem systematisirten Wahn, der von Hallucinationen getragen war, beruhte; die Kranke glaubte, verzaubert zu sein und zwar von einer ganz bestimmten Person, ihrem Nachbar, der an alledem Schuld sei. Die melancholische Stimmung war somit nicht eine primäre, wie es für die Diagnose der melancholie unerlässlich ist, sondern sekundär vorzüglich durch Hallucinationen bedingt.

Prognose.

In 6 Fällen trat Genesung ein, in 2 Fällen fand eine bedeutende Besserung statt, in 4 Fällen war der Ausgang

Dementia, in 3 Fällen Tod. Ein Fall, der noch in Beobachtung steht, hat sich bereits wesentlich gebessert und bietet gegründete Hoffnung auf völlige Genesung. Die Prognose kann demnach als eine günstige hingestellt werden und ist jedenfalls viel günstiger, als man vielfach, oft genug in Folge theoretischer Voraussetzungen, anzunehmen pflegt. Und hierzu kommt noch weiter, dass 2 von den 3 Todesfällen bei Feststellung der Prognose entschieden vorher ausgeschieden werden müssen. Wie wir oben gesehen haben, trat hier der lethale Ausgang durch rein zufällige Complicationen ein, die bei ihrer Schwere auch geistig gesunden Personen nahezu sicher tödtlich geworden wären. Aus dem zur Beobachtung gekommenen Verlauf war jedoch auf den muthmasslichen psychischen Ausgang, wenn das Leben erhalten geblieben wäre, kein fester Schluss zu ziehen, jedenfalls nicht Ausgang in Dementia zu schliessen.

Dem Alter war in Bezug auf die Prognose keine Bedeutung zu vindiciren, so gern man dies aus theoretischen Erwägungen von vornherein annehmen möchte. Von den 9 Frauen zwischen 50 und 60 Jahren fand Ausgang in Genesung statt bei 3, in Besserung bei 1, in Dementia bei 2, in Tod bei 2. Der weiter noch in Beobachtung befindliche Fall wird genesen. Von den 7 Frauen über 60 Jahren war Ausgang in Genesung bei 3, in Besserung bei 1, in Dementia bei 2, in Tod bei 1. Es ergiebt sich daher eher eine kleine Differenz zu Gunsten der letzteren, die natürlich nur zufällig; ebenso wie es nur zufällig ist, dass gerade die älteste Person von 78 Jahren den raschesten und günstigsten Krankheitsverlauf hatte.

Was nun den Einfluss der aetiologischen Momente auf die Prognose anlangt, so ist es interessant und schon

oben im voraus darauf aufmerksam gemacht worden, dass die mit Erblichkeit verbundenen Fälle sich ebenso günstig verhalten, wie die anderen; von den betreffenden 8 Fällen sind 2 genesen, 2 bedeutend gebessert, 1 wird genesen. Auch auf die Bedeutung dieser Thatsache ist schon oben hingewiesen.

Die Recidivfälle scheinen eine etwas günstigere Aussicht zu gewähren, als die erstmaligen Erkrankungen; von 6 Fällen sind 2 genesen, 2 gebessert, 1 wird genesen.

Den Gelegenheitsursachen kommt hingegen kein Einfluss auf die Prognose zu.

Die Fälle mit Depression und gänzlichem Mangel an Bewegungstrieb, denen stets ein allmählicher Beginn zukommt (melancholiae passivae) sind so gering an Zahl (3), dass sie eine Verwerthung in Bezug auf die Prognose kaum erlauben; doch scheinen sie sich ziemlich ebenso günstig zu verhalten, wie die Fälle mit Angst und starkem Bewegungstrieb (melancholiae activae), denen fast immer ein plötzlicher (11 F.), nur selten ein allmählicher Beginn (2 F.) eigen ist.

Die beiden nahezu reinen melancholiae simplices gingen in Genesung über.

Von den 6 Hypoch.-Melanch. fanden 3 Genesung.

Im weiteren Verlauf der Krankheit finden sich zunächst kaum Anhaltspunkte, aus denen man annähernd sicher den Ausgang näher bestimmen könnte. Erst nach ca. 3—4 Monaten treten in der Regel Symptome auf, die auf einen der überhaupt möglichen Ausgänge hindeuten und schon oben bei der Schilderung des Verlaufes ihre Erwähnung fanden. Zieht sich jedoch die Krankheit noch über 6 Monate hin, so kann man sich auf eine noch lange unbestimmte Krankheitsdauer gefasst machen, die voraussichtlich in Besserung «Heilung mit Defect» enden wird.

Therapie.

Die Therapie der postclimacterischen Melancholie unterscheidet sich in nichts wesentlichem von der, welche der Melancholie überhaupt zukommt. — Unbedingte, sowohl körperliche als geistige, Ruhe, sorgsames Fernhalten aller Erregungen, die diese stören könnten, ist zur Heilung unserer Patientinen die unerlässliche, die wichtigste Bedingung. Sehr selten wird sich diese Bedingung im eigenen Heim derselben erfüllen lassen; die Verhältnisse, die sie hier umgeben, haben, wie wir sahen, ihre Krankheit zum Theil mit verschuldet und würden sie weiter nähren; die Gegenwart ihrer Angehörigen ruft in ihnen, statt ihnen wohl zu thun, nur stets von Neuem das schmerzliche Gefühl wach, sie in ihr eigenes Unglück mitverflochten zu haben; das beständige Trösten, die rathlose Vielgeschäftigkeit derselben sind ebenso viel Momente, die sie reizen und erregen. Darum ist das erste und hauptsächlichste, was geschehen muss, die Ueberführung und Behandlung in einer Anstalt. Nur sehr leichte Formen von Melancholie, zumal aus gebildeteren Ständen, machen hiervon vielleicht eine Ausnahme, da auf sie im Gegentheil das Entreissen aus vertrauter Umgebung, die Versetzung unter starre, ungewohnte Anstaltsregeln verschlimmernd wirken könnte.

Damit nun in der Anstalt der Indication der Ruhe Genüge geschehe, müssen gerade unsere Patientinen, da sie ja fast durchgehend an sehr schwerer activer Melancholie erkrankt sind, zunächst isolirt werden. Um so mehr muss dies geschehen, als nur so die unausgesetzte Ueberwachung durchgeführt werden kann, die nöthig ist, um sie an der Verwirklichung ihrer beständigen Selbstmordabsichten zu hindern.

Von vornherein ist, um dem Kräfteverfall, der sich bei diesen älteren Frauen gern frühzeitig einstellt, entgegenzutreten, eine roborirende und dabei leicht verdauliche Kost zu reichen. Einen nicht minder günstigen Einfluss als diese diätetische äusserten bei den hier in Frage kommenden erregten Formen der Melancholie zwei andere therapeutische Maassregeln — Bäder- und Opiumbehandlung, sei es, weil sie eine directe Heilwirkung auf die Krankheit ausüben, sei es, weil sie eines der quälendsten und am meisten erschöpfenden Symptome, die Schlaflosigkeit, beseitigen.

Die Bäder werden am besten 28° R. warm, Abends möglichst kurze Zeit vor dem Schlafengehen eine Stunde lang gegeben; als vortheilhaft erwies sich oft eine Combination mit Priesnitz'schen Einwicklungen, welche Vormittags ebenfalls in der Dauer von einer Stunde erfolgten. Das Opium wird in Pulverform zweimal am Tage zu 0,05 gereicht; allmählich steigt man bis 0,2! und bleibt längere Zeit auf dieser Höhe stehen. Das Aussetzen darf nur allmählich als «Ausschleichen» erfolgen. Zu anderen Narcotica zu greifen, fand sich nie Veranlassung. Im Uebrigen ist die Behandlung noch gegen die einzelnen Symptome, die Nahrungsverweigerung, die Obstipation u. a. in der bekannten Weise zu richten.

So bald als möglich ist die Isolation aufzuheben, damit sie, die ein Heilmittel sein soll, nicht ein Bequemlichkeitsmittel werde und Schaden bringe. Die Bestimmung dieses Zeitpunktes ist eine recht schwierige und verantwortliche Aufgabe. Allgemeine Regeln lassen sich für dieselbe nicht aufstellen, für jeden einzelnen Fall muss sie besonders getroffen werden und sehr viel muss hierbei der subjective Tact des Arztes entscheiden. Das Freierwerden der Patientin,

die Zunahme des Körpergewichtes, ihr eigener Wunsch nach Beschäftigung und Gesellschaft u. a. können werthvolle Winke geben. So werde dann die Kranke immer mehr in die Gesellschaft gezogen unter steter Aufsicht und Bereithaltung, sie bei einer Verschlimmerung aus derselben zu entfernen. Die Beschäftigung, die sie erhält, muss im Anfang eine leichte und in jedem Fall eine der früher gewohnten Thätigkeit entsprechende sein; gerade bei den alten Frauen erwies sich die Auswahl derselben als eine nicht leichte. Durch kleine Abwechselungen und Vergnügungen, durch einen sorgfältig zu controlirenden Briefwechsel mit den Angehörigen, durch zur rechten Zeit erfolgende Besuche derselben wird die Reconvalescenz weiter gefördert. Als Regel galt es, die Patientinen nicht früher zu entlassen, bevor sie nicht eine Reconvalescenz-Zeit von einigen Monaten in der Anstalt durchgemacht hatten und dadurch eine sichere Garantie für die Beständigkeit ihrer geistigen Gesundheit boten.

Aber auch wenn die Bestrebungen des Arztes fruchtlose waren, und die Patientinen unheilbar geworden sind, erlischt seine Thätigkeit noch nicht. Jetzt entsteht vielmehr die Aufgabe, eventuell in einer Pflegeanstalt die Kranke so zu «erziehen», dass sie entweder in der menschlichen Gesellschaft weiter leben und zum Theil auch wirken kann, ohne diese und die Bedingungen ihres Bestehens zu stören, oder dass sie sich wenigstens in der Pflegeanstalt beschäftigt und mehr oder weniger nützlich erweist.

Zusammenfassung.

Die postclimacterische Melancholie biete sowohl in den ursächlichen Momenten, als im Beginn und Verlauf,

als auch in Wahnvorstellungen und anderweitigen Symptomen manche Besonderheiten dar.

Die Aetiologie anlangend, so kam der Erblichkeit eine überraschende eigenthümliche Rolle zu; wir mussten dabei annehmen, dass sie einen degenerativen Einfluss auf die betreffenden Trägerinnen nicht ausgeübt habe. Eine fernere wichtige Rolle fiel den Recidiven zu, die alle gleichartig waren und erst nach langer Zwischendauer sich eingestellt hatten. Als sichere Gelegenheitsursachen liessen sich nur Nahrungssorgen constatiren. Der Beginn war in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl ein akuter; der eigentliche Ausbruch ist dann ausnahmslos durch überwältigende Angst und Unruhe charakterisirt, die ihren Ausdruck in unüberwindlichem Bewegungsdrange finden, späterhin durch tiefe Depression und Bekümmerniss ersetzt werden. Nur wenige Fälle beginnen allmählich und zeigen dann gewöhnlich von vornherein die Depression. Wenige Monate hält hierauf mit geringen Schwankungen die Krankheit an, um dann in Genesung, weniger häufig in Dementia überzugehen, während der exitus lethalis in unseren Fällen durch die psychische Erkrankung an und für sich nie herbeigeführt wurde. Ausgang in sekundäre Verrücktheit fand sich überhaupt nicht vor. Selten bleibt die Krankheit über 6 Monate auf ihrer Höhe; alsdann ist ihre Dauer auf Jahresfrist bemessen, kann durch längere Intermissionen unterbrochen werden und führt zur Heilung mit Defect, zum Schwachsinn. Mitunter bleibt die Melancholie eine nahezu reine melancholia simplex. Meist gesellen sich Wahnideen hinzu, die einen recht typischen Inhalt haben. Bei weitem nämlich überwiegend sind die, welche sich um den verlorenen Besitz drehen, die Furcht, nicht mehr auskommen, bezahlen zu können, enthalten. Erst in zweiter Linie kommt der Versündigungswahn. Auf-

fallend oft sind die hypochondrischen Wahnideen, die das Bild der Hypoch.-Melancholie hervorrufen. Die Hallucinationen treten im allgemeinen sehr zurück; die wichtigste Rolle spielen die des Gehörs. Sie konnten dann noch im Bereich des Gesichtsinnes und des Gemeingefühls, nicht dagegen im Gebiet der eigentlichen Tastempfindung, des Geruch- und Geschmacksinnes ermittelt werden. Ihr Inhalt war schreckend, ängstigend, dabei meist undeutlich verschwommen. Zwei Symptome waren endlich im Verlaufe der Krankheit sehr ausgeprägt: die Selbstmordversuche und die Nahrungsverweigerung, die sich, namentlich erstere, in solcher Häufigkeit bei den Melancholicen anderer Lebensstufen nicht vorfanden. Die Selbstmordversuche waren meist als rein triebartige Handlungen aufzufassen, während die Nahrungsverweigerung in der Regel in Wahnvorstellungen ihre ausreichende Begründung fand.

Ziehen wir nun die Summe aus unseren Betrachtungen, so dürfte sich aus ihnen als charakteristische, unterscheidende Haupteigenthümlichkeit der postclimacterische melancholie einmal das Raptusartige, Triebartige ergeben haben, welches sie vollkommen beherrscht und in der Regel zur hochgradigsten melancholischen Tobsucht führt, zweitens die ungemein starke Beimengung hypochondrischer Vorstellungen. Drittens kann nicht genug auf ein negatives Resultat aufmerksam gemacht werden, dass nämlich diese Melancholie keineswegs in dem Maasse, wie vielfach die herkömmliche Meinung annimmt, von vornherein mit Schwachsinn verbunden ist und besonders leicht in Dementia übergeht; im Gegentheil gestattet sich die Prognose zu einer recht günstigen.

Zum Schlusse dürfte man mit Recht eine Heranziehung und nähere Würdigung der einschlägigen Literatur er-

warten. Eine Monographie über die Melancholie nach dem Climacterium war jedoch nicht zu finden, wie denn von allen senilen Psychosen einzig und allein die Dementia senilis monographisch behandelt zu sein scheint. Wir sind somit auf die Andeutungen, welche die gang und gäben Lehrbücher (v. Krafft-Ebing, Lehrbuch S. 147, Schüle, Lehrbuch S. 240) über diesen Gegenstand enthalten, angewiesen. Die Kürze derselben wird es entschuldigen, wenn wir nicht genauer auf sie eingehen. Jedenfalls ergiebt sich aus ihnen in fast allen wichtigen Punkten eine genügende Uebereinstimmung mit den hier gewonnenen Resultaten. Und auch die unstreitig vorhandenen Abweichungen erklären sich zum grossen Theil aus dem Uebelstande, dass eine allgemeine Uebereinkunft über die Grenzen zwischen der Melancholie und anderen Krankheitsformen noch nicht stattfindet, und dementsprechend von den genannten Autoren, insbesondere Schüle, solche Fälle unter die Melancholie aufgenommen wurden, welche hierhin in dieser Arbeit nach der an hiesiger Anstalt geltenden Auffassung nicht gerechnet werden konnten.

Lebenslauf.

Verfasser, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Saul Kracauer, wurde am 26. December 1859 zu Sagan geboren. Von Michaeli 1866 ab besuchte er das Königl. Friedrichs-Gymnasium zu Breslau, welches er Michaeli 1877 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Im selben Jahre wurde er bei der medicinischen Facultät der Universität Breslau immatrikulirt, an welcher er bis zur Beendigung seiner Studien blieb. Er bestand im Juli 1879 das tentamen physicum, im Juli 1881 das examen rigorosum und im Winter 1881/82 das Staatsexamen. Vom Mai 1882 fungirt er als Volontär-Arzt an der Provinzial-Irrenheilanstalt Leubus.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und praktischen Curse folgender Herren:

Berger, Biermer, F. Cohn, H. Cohn, Fischer, Förster, Gabriel, Haeser, Hasse, Heidenhain, Joseph, Jung, Kolaczek, Loewig, Marchand, Meyer, Ponfick, Richter, Simon, Spiegelberg.

Allen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.

Thesen.

1. Die Melancholie der Frauen nach dem Climacterium ist durch die Häufigkeit und die Intensität der melancholischen Tobsucht charakterisirt.
2. Die Amyloidsubstanz ensteht durch eine in loco vor sich gehende Metamorphose der Eiweisskörper.
3. Das genu valgum ist fast ebenso häufig osteogenen, als arthrogenen Ursprungs.
4. Die Psychosen nach Kopfverletzungen tragen manche sie von anderen Formen des Irreseins unterscheidende Eigenthümlichkeiten.